

## Особенности Течения Панкреатита Билиарной Этиологии И Эффективность Предпринятой Тактики Лечения

1. Абдуллажанов Б. Р.

2. Усмонов А. Р.

3. Алибоев М. Р.

Received 2<sup>nd</sup> Jan 2023,

Accepted 3<sup>rd</sup> Feb 2023,

Online 7<sup>th</sup> Apr 2023

<sup>1,2,3</sup> Андижанский Государственный  
Медицинский Институт

**Ключевые слова:** ретроградная холангиография, постхолецистэктомический синдром, поджелудочная железа, панкреатит-ассоциированный системные осложнения, острый панкреатит.

**Аннотация:** В статье представлены результаты проведенного исследования 438 больных с острым панкреатитом билиарной этиологии пролеченных в клинике АндГосМИ за период с 2009 по 2019 гг. включительно. Все больные были разделены на группы. В основную группу включен 201 больной, пролеченный на базах указанных двух центров за период с 2014 по 2019 гг. Этим пациентам применен разработанный алгоритм выбора тактики лечения острого билиарного панкреатита в совокупности с предложенными клинико-патогенетическими аспектами интенсивной терапии панкреатогенных системных осложнений. В группу сравнения включено 237 пациентов, пролеченных с 2009 по 2013 гг.

Лабораторные методы исследования проводились всем больным с ОП и включали: общий анализ крови, анализ мочи, биохимическое исследование крови (общий белок, альбумин, общий билирубин и его фракции, мочевины, креатинин, глюкоза, амилаза, липаза, АСТ, АЛТ, калий, натрий, хлориды, общий кальций, креатинфосфокиназа, лактатдегидрогеназа, С-реактивный белок). Хирургическая активность при остром панкреатите билиарной этиологии составила 25,6%, тогда как при алкогольно-алиментарной форме заболевания оперировано только 7,9% пациентов ( $p < 0,001$ ), частота повторных вмешательств - 9,1% против 1,6% ( $p < 0,001$ ) соответственно, в свою очередь послеоперационная летальность достигала 25,9% и 20,5%, фатальные исходы консервативного лечения отмечены в 2,1% и 0,7% случаев, а общий показатель летальности - 8,2% и 2,2%.

## ВЕДЕНИЕ

Острый панкреатит (ОП) в структуре экстренной абдоминальной патологии стойко занимает 3 место, а «частота встречаемости составляет 30-45 и более пациентов на 100.000 населения в год». «В структуре этиологических причин выделяют два наиболее частых фактора, составляющие 70–80% всех случаев, - это билиарный панкреатит и алкогольно-алиментарная форма заболевания. Несмотря на то, что стратегия консервативного лечения во многом схожа при различной этиологии, хирургическая тактика при билиарной форме может отличаться ввиду специфического патогенеза развития ОП». В мировой практике проводится целый ряд целевых научных исследований, направленных на изучение патогенеза развития ОП в зависимости от различных факторов, включая роль этиологической причины, молекулярно-генетические аспекты и взаимосвязи различных специфических субстратов воспаления на ткань поджелудочной железы с формированием местных и системных панкреатит-ассоциированных осложнений, среди которых особо актуальным является исследование роли повреждения легочной ткани и особенностей прогрессирования респираторного дистресс-синдрома в совокупности с другими проявлениями полиорганной недостаточности. Особый интерес вызывает вопрос изучения специфических маркеров для идентификации панкреатогенных осложнений, в том числе проводится ряд рандомизированных клинических исследований по оценке эффективности рекомендованных балльных систем и совершенствованию системных подходов комплексной верификации степени тяжести патологического процесса.

**Целью исследования** является улучшение результатов лечения больных с ОП путем совершенствования тактического диагностического мониторинга специфических панкреатогенных осложнений и оптимизации комплекса лечебно-профилактических мер.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

### Общая характеристика клинического материала

Работа основана на результатах проведенного исследования 438 больных с острым панкреатитом билиарной этиологии пролеченных в клинике АндГосМИ за период с 2009 по 2019 гг включительно.

Все больные были разделены на группы. В основную группу включен 201 больной, пролеченный на базах указанных двух центров за период с 2014 по 2019 гг. Этим пациентам применен разработанный алгоритм выбора тактики лечения острого билиарного панкреатита в совокупности с предложенными клиничко-патогенетическими аспектами интенсивной терапии панкреатогенных системных осложнений. В группу сравнения включено 237 пациентов, пролеченных с 2009 по 2013 гг

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оценочные шкалы Ranson и APACHE II используются как для формирования окончательного диагноза, так и для прогнозирования риска летальности при ОП, что играет одну из основных ролей в определении тактики лечения пациентов. Так, комплексная оценка состояния больных по шкалам Ranson и APACHE II (табл. 1.) показала достоверное различие тяжести течения патологического процесса между билиарным и алиментарным ОП (критерий  $\chi^2=40,818$ ; Df=3;  $p<0,001$ ). При этом в 69,4% (304 больных) случаев отмечена билиарная форма отечного ОП или очаговый некроз, что соответствовало менее 3 баллам по Ranson и <8 по APACHE II, тогда как при алиментарном ОП данные критерии определены в 86,1% (427 пациентов) случаях. Острый деструктивный панкреатит ( $>3$  Ranson;  $>8$  APACHE II) диагностирован в 20,3% (n=89) случаях билиарной этиологии и в 10,9% (54) случаев алиментарной этиологии. В 10,3% (45 пациентов)

и 3,0% (15 больных) случаях был выявлен деструктивный ТОП с осложнениями (>6 Ranson; >15 APACHE II) билиарной и алиментарной этиологии соответственно.

Таблица 1. Распределение больных по тяжести состояния (Ranson, APACHE II) при формировании окончательного диагноза

Показатель	Билиарный		Алиментарный		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<3 Ranson; <8 APACHE II (отечный острый панкреатит или очаговый некроз)	304	69,4%	427	86,1%	731	78,3%
>3 Ranson; >8 APACHE II (острый деструктивный панкреатит)	89	20,3%	54	10,9%	143	15,3%
>6 Ranson; >15 APACHE II (тяжелый осложненный деструктивный панкреатит)	45	10,3%	15	3,0%	60	6,4%
Итого	438	100,0%	496	100,0%	934	100,0%
Критерий $\chi^2$	40,818; Df=3; p<0,001				-	-

Распределение пациентов по международной классификации Атланта-92 (2012) на рис. 1. Так, для билиарной патологии были характерны 65,5% случаев отечной формы панкреатита, в 34,5% случаях диагностирован панкреонекроз.

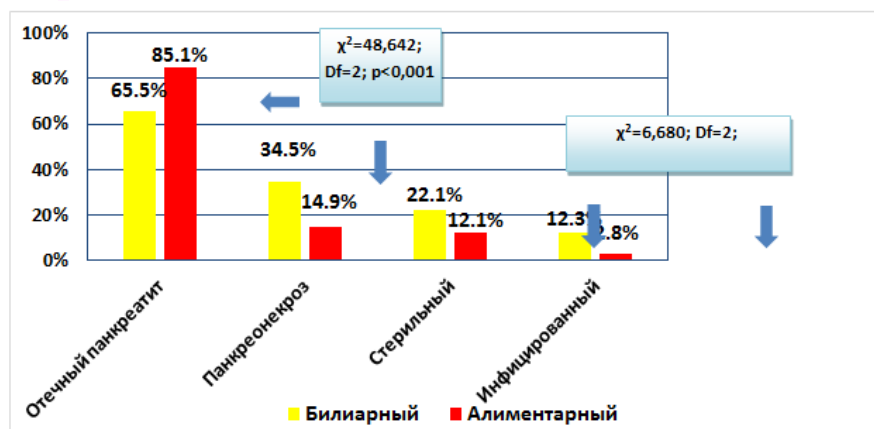


Рис. 1. Распределение пациентов по международной классификации Atlanta (2012)

Среди пациентов с ОП алиментарной этиологии наблюдалось 85,1% отечного панкреатита, что больше, чем при билиарном ОП ( $\chi^2=48,642; Df=2; p<0,001$ ), тогда как доля панкреонекроза была достоверно ниже, составив 14,9% (критерий  $\chi^2=6,680; Df=2; p=0,036$ ). В свою очередь стерильный панкреонекроз диагностирован в 12,1% (n=60) случаях с алиментарным панкреатитом и 22,1% (n=97) – билиарной этиологии панкреатита, а инфицированный у 2,8% (n=14) и 12,3% (n=54) пациентов соответственно (критерий  $\chi^2=6,680; Df=2; p=0,036$ ).

Как уже было отмечено выше острый деструктивный панкреатит диагностирован в 34,5% (n=151) случаях билиарной этиологии и 14,9% (n=74) – алиментарной (табл. 2). При этом осложненные формы, в частности гнойно-септические осложнения деструктивного ТОП наблюдались в 12,3% и 2,8% случаях билиарного и алиментарного панкреатита соответственно. Инфицированные постнекротические кисты ПЖЖ выявлены в 5,7% (25 пациентов с билиарным панкреатитом) и 1,6% (8 пациентов с алиментарным панкреатитом) случаях. Флегмона забрюшинной клетчатки диагностирована у 4,6% (n=20) пациентов с билиарным панкреатитом и у 1,0% (5 больных) – с алиментарным панкреатитом.

Таблица 2. Гнойно-септические осложнения при деструктивном ОП

Осложнения	Билиарный		Алиментарный		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Острый деструктивный панкреатит	151	34,5%	74	14,9%	225	24,1%
Осложненные формы тяжелого деструктивного ОП	54	12,3%	14	2,8%		0,0%
инфицированные постнекротические кисты ПЖЖ	25	5,7%	8	1,6%		0,0%
флегмона забрюшинной клетчатки	20	4,6%	5	1,0%		0,0%
гнойный перитонит	14	3,2%	2	0,4%		0,0%
абсцессы сальниковой сумки	15	3,4%	3	0,6%		0,0%
панкреатогенные абсцессы	6	1,4%	2	0,4%		0,0%

Примечание: на одного больного приходилось от 1 до 3 осложнений

Доля пациентов с гнойным перитонитом, абсцессами сальниковой сумки и панкреатогенным абсцессом была также выше при билиарной патологии, составив 3,2%, 3,4% и 1,4% против 0,4%, 0,6% и 0,4% соответственно. При этом, необходимо отметить, что на одного больного приходилось от 1 до 3 осложнений.

Таким образом, комплексная оценка состояния больных по прогностическим шкалам Ranson и APACHE II показала достоверное различие тяжести течения патологического процесса (критерий  $\chi^2=40,818$ ; Df=3;  $p<0,001$ ), при этом отечная форма заболевания алиментарной этиологии определена у 85,1% (422 пациента) больных, деструктивная в 14,9% (74) случаев, тогда как при билиарном панкреатите эти показатели составили 65,5% (287 больных) и 34,5% (151) соответственно (критерий  $\chi^2=48,642$ ; Df=2;  $p<0,001$ ), в свою очередь стерильный панкреонекроз диагностирован в 12,1% (60 больных с алиментарным панкреатитом) и 22,1% (97 пациентов с билиарным панкреатитом), а инфицированный у 2,8% (14) и 12,3% (54) пациентов (критерий  $\chi^2=6,680$ ; Df=2;  $p=0,036$ ).

Среди пациентов с ОП билиарной этиологии составила оперированных больных 112 из 438 (25,6%), тогда как при алиментарной форме заболевания хирургическая активность составила 7,9% (39 из 496 больных) (критерий  $\chi^2=53,814$ ; Df=2;  $p<0,001$ ). По характеру операций пациенты распределились следующим образом (табл. 3.): дренирование сальниковой сумки под УЗ-контролем выполнено в 2,7% (n=12) случаях ОП билиарной этиологии и 0,8% (n=4) случаях – алиментарной; лапаротомия, ХЭК, дренирование холедоха, вскрытие, санация и дренирование сальниковой сумки выполнено в 5,9% (26 пациентов) и 0,8% (n=4) случаях; ХЭК, холедохолитотомия, дренирование холедоха, вскрытие, санация и дренирование сальниковой сумки – 4,6% (n=20) и 1,0% (n=5); лапароскопия, дренирование холедоха по Пиковскому, дренирование сальниковой сумки в 5,0% (n=22) и 1,6% (n=8); лапаротомия, некрсеквестрэктомия, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства 4,8% (n=21) и 1,0% (n=5) случаях при билиарном и алиментарном ОП соответственно.

Таблица 3. Распределение пациентов по типу выполненной операции

Операция	Билиарный		Алиментарный		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Дренирование сальниковой сумки под УЗ-контролем	12	2,7%	4	0,8%	16	1,7%
Лапаротомия, ХЭК, дренирование холедоха, вскрытие, санация и дренирование сальниковой сумки	26	5,9%	4	0,8%	30	3,2%
Лапароскопия, лапаротомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	3	0,7%	5	1,0%	8	0,9%
ХЭК, холедохолитотомия, дренирование холедоха,	20	4,6%	5	1,0%	25	2,7%

вскрытие, санация и дренирование сальниковой сумки						
Лапароскопия, дренирование холедоха по Пиковскому, дренирование сальниковой сумки	22	5,0%	5	1,0%	27	2,9%
Лапаротомия, вскрытие, санация и дренирование абсцесса сальниковой сумки	8	1,8%	8	1,6%	16	1,7%
Лапаротомия, некрсеквестрэктомия, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства	21	4,8%	8	1,6%	29	3,1%
Итого оперировано	112	25,6%	39	7,9%	151	16,2%
Консервативная терапия	326	74,4%	457	92,1%	783	83,8%
Достоверность различия в тактике лечения	$\chi^2=53,814$ ; Df=2; $p<0,001$				-	-

Доля малоинвазивных вмешательств составила 30,4% при билиарной патологии против 23,1% при алиментарном панкреатите (рис. 2).

Частота повторных вмешательств составила 9,1% (40 из 438 пациентов с билиарным ОП) против 1,6% (8 из 496 больных алиментарным ОП) (критерий  $\chi^2=24,430$ ; Df=2;  $p<0,001$ ). По характеру повторных операций пациенты распределились следующим образом (табл. 4): повторные некро- и секвестрэктомии выполнены в 4,6% (n=20) и 1,0% (n=5) случаях; лапаротомия, санация брюшной полости, некро- и секвестрэктомия после малоинвазивных вмешательств в 3,2% и 0,4%; остановка аррозивного кровотечения в 1,4% (6 больных) и 0,2% (1 пациент) случаях билиарного и алиментарного панкреатита соответственно.



Рис. 2. Доля малоинвазивных и традиционных вмешательств

Таблица 4. Повторные оперативные вмешательства

Операция	Билиарный		Алиментарный		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Повторные некро- и секвестрэктомии	20	4,6%	5	1,0%	25	2,7%
Лапаротомия, санация брюшной полости, некро- и секвестрэктомия после малоинвазивных вмешательств	14	3,2%	2	0,4%	16	1,7%
Остановка аррозивного кровотечения	6	1,4%	1	0,2%	7	0,7%
Итого	40	9,1%	8	1,6%	48	5,1%
Достоверность различия	$\chi^2=24,430$ ; Df=2; $p<0,001$				-	-

Общая послеоперационная летальность составила 25,9% (29 случаев из 112) при ОП билиарной и 20,5% (37 случаев из 180) при ОП алиментарной этиологии (рис. 3.). После малоинвазивных хирургических вмешательств при ОП билиарной этиологии летальность составила 17,6% (6



пациентов), тогда как при алиментарной этиологии – 11,1% (1 пациент) ( $\chi^2=0,280$ ; Df=2;  $p=0,597$ ); после традиционных операций летальность составила 29,5% (n=23) и 23,3% (n=7) при панкреатите билиарной и алиментарной этиологии соответственно.

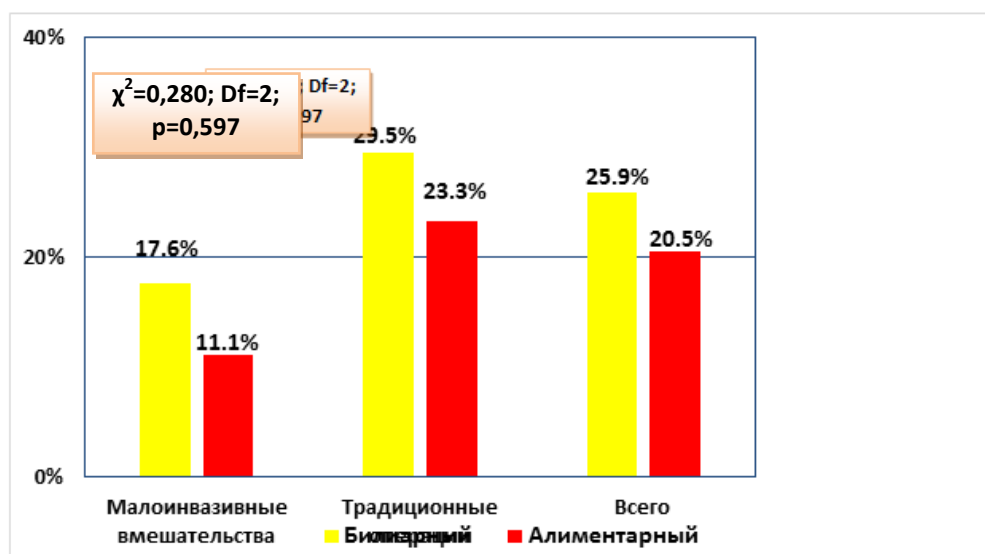


Рис. 3.. Послеоперационная летальность при панкреатите билиарной и алиментарной этиологии. Общая структура летальности при ОП представлена на рис. 4. Так, общий показатель летальности составил – 8,2% (36 случаев) и 2,2% (11 случаев) при билиарном и алиментарном ОП соответственно ( $\chi^2=30,358$ ; Df=3;  $p<0,001$ ).

Летальные исходы после консервативного лечения отмечены всего в 2,1% (7 случаев) и 0,7% (3 пациентов) случаях.

Из табл. 5 видно, что наибольший процент летальных исходов как при билиарном, так и при алиментарном ОП был характерен для пациентов с тяжелым осложненным деструктивным панкреатитом и исходными баллами более 6 по шкале Ranson и более 15 по шкале APACHE II. Однако более высокий показатель смертности наблюдался при билиарном ОП (44,4% против 33,3%; 15,807; Df=1;  $p<0,001$ ). Для острого деструктивного панкреатита при более 3 баллов по Ranson и более 8 баллах APACHE II была характерна частота летальности в 18,0% (16 случаев) при билиарной и 11,1% (22 случая) при алиментарной этиологии заболевания.

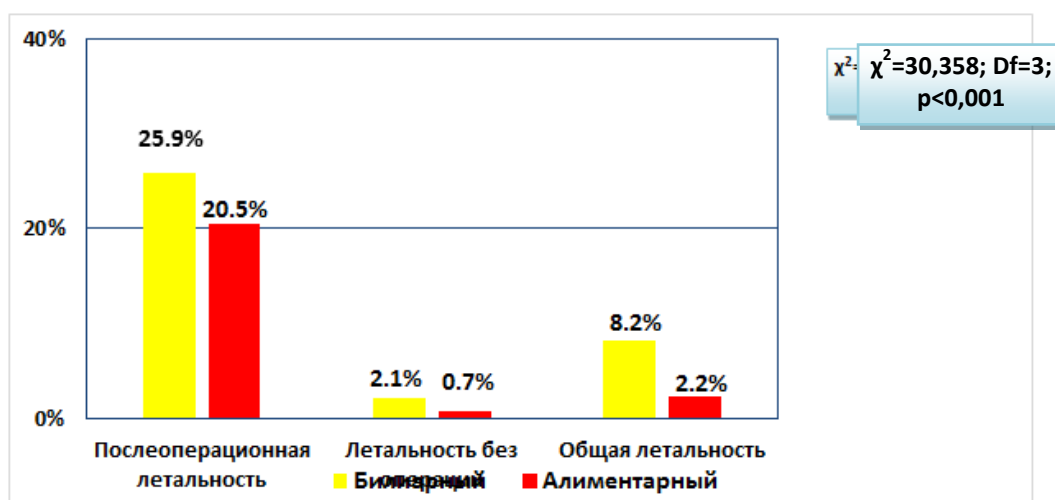


Рис. 4. Структура летальности у больных с панкреатитом билиарной и алиментарной этиологии

Таблица 5. Частота летальности в зависимости от тяжести состояния (Ranson, APACHE II)

Показатель	Билиарный		Алиментарный		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<3 Ranson; <8 APACHE II (отечный острый панкреатит или очаговый некроз)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
>3 Ranson; >8 APACHE II (острый деструктивный панкреатит)	16	18,0%	6	11,1%	22	15,4%
>6 Ranson; >15 APACHE II (тяжелый осложненный деструктивный панкреатит)	20	44,4%	5	33,3%	25	41,7%
Итого	36	8,2%	11	2,2%	47	5,0%
Критерий $\chi^2$	15,807; Df=1; p<0,001				-	-

Высокая частота летальных исходов была характерна для инфицированных форм ОП, так при билиарной этиологии данный показатель составил 48,1% (26 случаев), при алиментарной этиологии – 42,9% (32 случая) (2,693; Df=2; p=0,261). При панкреонекрозе также наблюдался относительно высокий показатель летальности, составив 22,5% (34) и 12,2% (9) при билиарном и алиментарном панкреатите соответственно (17,046; Df=2; p<0,001) (Табл 6).

Таблица 6. Частота летальности в зависимости от тяжести течения билиарного панкреатита

Форма заболевания	Билиарный		Алиментарный		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отечный панкреатит	2	0,7%	2	0,5%	4	0,6%
Панкреонекроз	34	22,5%	9	12,2%	43	19,1%
Критерий $\chi^2$	17,046; Df=2; p<0,001					
Стерильный	8	8,2%	3	5,0%	11	7,0%
Инфицированный	26	48,1%	6	42,9%	32	47,1%
Критерий $\chi^2$	2,693; Df=2; p=0,261				-	-

Таким образом, хирургическая активность при остром панкреатите билиарной этиологии составила 25,6% (оперировано 112 из 438 пациентов), тогда как при алиментарной форме заболевания оперировано только 7,9% (39 из 496 больных) пациентов (критерий  $\chi^2=53,814$ ; Df=2; p<0,001), частота повторных вмешательств составила 9,1% (40) против 1,6% (8) (критерий  $\chi^2=24,430$ ; Df=2; p<0,001), в свою очередь послеоперационная летальность достигала 25,9% (29) и 20,5% (8), фатальные исходы консервативного лечения отмечены в 2,1% (7) и 0,7% (3) случаев, а общий показатель летальности - 8,2% (36) и 2,2% (11) (критерий  $\chi^2=30,358$ ; Df=3; p<0,001).

## ВЫВОДЫ:

Хирургическая активность при остром панкреатите билиарной этиологии составила 25,6%, тогда как при алкогольно-алиментарной форме заболевания оперировано только 7,9% пациентов (p<0,001), частота повторных вмешательств - 9,1% против 1,6% (p<0,001) соответственно, в свою очередь послеоперационная летальность достигала 25,9% и 20,5%, фатальные исходы консервативного лечения отмечены в 2,1% и 0,7% случаев, а общий показатель летальности - 8,2% и 2,2% (p<0,001).

Динамика тяжести течения острого билиарного панкреатита в процессе лечения характеризуется возможностью прогрессирования патологического процесса с достоверным увеличением доли деструктивных форм заболевания с 16,5% при поступлении до 33,8%

( $p < 0,001$ ), включая прирост стерильного (с 13,9% до 21,9%) и инфицированного (с 2,5% до 11,8%) панкреонекроза ( $p = 0,027$ ) с различными гнойно-септическими осложнениями.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авакимян С.В. Прогноз и тактика лечения острого панкреатита в зависимости от тяжести патологического процесса: дис. ... док. мед. наук. Краснодар. 2015. 284 с.
2. Авижец Ю.Н., Майоров В.М., Дундаров З.А. Патоморфологические и микробиологические аспекты синдрома энтеральной недостаточности при гнойно-некротическом парапанкреатите // Материалы XXIV международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии», Санкт-Петербург, 19-22 сентября 2017 г. с. 53-54
3. Андреев А.В., Ившин В.Г., Гольцов В.Р. Лечение инфицированного панкреонекроза с помощью миниинвазивных вмешательств. Анналы хирургической гепатологии. 2015; 20(3): 110-116.
4. Багненко С.Ф., Гольцов В.Р., Савелло В.Е. и др. Классификация острого панкреатита: современное состояние проблемы. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2015; 174(5): 86–92.
5. Белик Б.М., Чернов В.Н., Алибеков А.З. Выбор лечебной тактики у больных острым деструктивным панкреатитом. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2015; 6: 26–31.
6. Ваккасов М.Х. Пути улучшения диагностики и хирургического лечения распространенного панкреонекроза и его последствий: дис. Док. мед. наук: Ташкент. 2003. 264.
7. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Докучаев К.В. и др. Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза. Хирургия 2013; 3: 50-54.
8. Демин Д.Б., Фуныгин М.С., Чегодаева А.А. О патогенетическом подходе к лечению острого панкреатита. Оренбургский медицинский вестник. 2013; 1(1):72–75.
9. Ибадов Р.А., Баженов Л.Г., Арифжанов А.Ш. и др. Рациональная антибиотикотерапия и антибиотикопрофилактика респираторных осложнений при остром деструктивном панкреатите. Вестник экстренной медицины. 2013; 3: 82-83.
10. Иванов Ю.В., Панченков Д.Н., Алехнович А.В. и др. Возможности малоинвазивных хирургических технологий в комплексном лечении панкреонекроза. Хирург. 2013; 8: 36-49.
11. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И. и др. Новые взгляды на хирургические проблемы острого панкреатита. Материалы 14-й республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы ургентной хирургии при заболеваниях и травмах гепатопанкреатодуоденальной зоны». Ташкент, 12 декабря 2017 г. Вестник экстренной медицины. 2017; 10(4): 17.
12. Кубышкин В.А., Мороз О.В., Степанова Ю.А. и др. Вопросы классификации острого панкреатита. Анналы хирургической гепатологии. 2012;17(2): 86-94.
13. Литвин А.А. Возможности профилактики инфекционных осложнений тяжелого острого панкреатита. Хирург. 2012;8: 26-30.
14. Лысенко М.В., Девятков А.С., Урсов С.В. Острый панкреатит (дифференцированная лечебно-диагностическая тактика). М 2010.



15. Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Канищев Ю.В. и др. Хирургическая тактика при остром билиарном панкреатите. *Анналы хирургической гепатологии*. 2011; 16(4): 71-76.
16. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Музаффаров Ф.У. и др. Диагностика и лечение острого панкреатита. *Анналы хирургической гепатологии*. 2009; 14 (1): 85-91.

